

ANNÉE 1924

THÈSE

3

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

JEAN GALLOT

Ancien-Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 5 Février 1899 à Domfront (Orne)

Contribution au Traitement de la Syphilis dans les maternités

(Fonctionnement des Maternités de l'Hôpital Tenon)
et de la Charité

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

DOMFRONT

Imprimerie du " PUBLICATEUR "

F. MARSAT, Directeur

1924



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152010_0030

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

JEAN GALLOT

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 5 Février 1899 à Domfront (Orne)

Contribution au Traitement de la Syphilis dans les maternités

(Fonctionnement des Maternités de l'Hôpital Tenon)
et de la Charité

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

DOMFRONT

Imprimerie du " PUBLICATEUR "

F. MARSAT, Directeur

1924

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale.	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
Hygiène et clinique de la première enfance.	WIDAL.
	MARFAN.
	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
Clinique urologique	N.
Clinique d'accouchements	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale	N.
Clinique otho-rhino-laryngologique	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SEBILEAU.
Clinique propédeutique	DUVAL.
	SERGENT

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI . .	Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
ALGRAVE . .	Pathologie chirurgi- cale.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgi- cale.
AUBERTIN . .	Pathologie médicale.	LE LORIER . .	Obstétrique.
BASSET . .	Pathologie chirurgi- cale.	LEMAITRE . .	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BAUDOUIN . .	Pathologie médicale.	LEMIERRE . .	Pathologie médicale.
BINET . . .	Physiologie.	LÉVY SOLAL.	Obstétrique.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.	LHERMITTE . .	Pathologie mentale.
BRANCA . .	Histologie.	LIAN. . . .	Pathologie médicale.
BRULÉ. . .	Pathologie médicale.	MATHIEU . .	Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET . .	Pharmacologie et ma- tière médicale.	METZGER . .	Obstétrique.
CADENAT . .	Pathologie chirurgi- cale.	MOCQUOT . .	Pathologie chirurgi- cale.
CHAMPY . .	Histologie.	MONDOR . .	Pathologie chirurgi- cale.
CHIREY . .	Pathologie médicale.	MOURE . . .	Pathologie chirurgi- cale.
CLERC . . .	Pathologie médicale.	MULON . . .	Histologie.
DEBRÉ. . .	Hygiène.	PHILIBERT . .	Bactériologie.
I. de JONC. .	Anatomie pathologi- que.	RIBIERRE . .	Pathologie médicale.
DUVOIR . .	Médecine légale.	RICHEL Fils . .	Physiologie.
ÉCALLE . .	Obstétrique.	ROUVIÈRE . .	Anatomie.
FIESSINGER . .	Pathologie médicale.	TANON. . . .	Pathologie médicale.
FOIX . . .	Pathologie médicale.	TIFFENEAU . .	Pharmacologie et ma- tière médicale.
GARNIER . .	Pathologie expérimentale.	VAUDESCAL . .	Obstétrique.
HARVIER . .	Pathologie médicale.	VERNE. . . .	Histologie.
HEITZ BOYER . .	Urologie.	VILLARET . .	Pathologie médicale.
HOVELACQUE . .	Anatomie.	WELTER . . .	Ophtalmologie.
JOYEUX . .	Parasitologie.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
CAMUS. . .	Physiologie.	RETTERER . .	Histologie.
GOUGEROT . .	Pathologie médicale.	ROUSSY . . .	Anatomie pathologi- que.
GUÉNIOT . .	Obstétrique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY .	. Clinique chirurgicale.	OMBREDANNE .	. Clinique chirurgicale. infantile.
CHEVASSU .	. Clinique chirurgicale.	PROUST .	. Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	. Clinique médicale.	RATHERY .	. Clinique médicale.
LEREBoullet .	. Clinique médicale in- fantile.	SCHWARTZ .	. Clinique chirurgicale.
LERI . . .	. Clinique médicale.	TERRIEN .	. Clinique ophtalmolo- gique.
LCEPER. . .	. Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé .	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	.	Stomalogie.
N	.	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD . .	.	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES PROFESSEURS DELBET, BAR, LEGUEU ;

MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS LEREBoullet,
RIBIERRE, SCHWARTZ, OMBREDANNE ;

MM. LES DOCTEURS LE NOIR, MICHON, LION.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse*

INTRODUCTION

De nombreux documents ont déjà été publiés sur le rôle des dispensaires annexés aux maternités pour la prophylaxie de l'Hérédo-syphilis. La création de ces organisations préconisée par M. le Professeur Couvelaire a, en effet, pris rapidement une très grande importance en raison des excellents résultats qui ont été obtenus.

Nous avons pu prendre part pendant quelques mois, au fonctionnement de l'une de ces consultations spéciales, dans le service de M. le Professeur agrégé Lévy-Solal, ce qui nous a permis de nous initier à son organisation et d'étudier un certain nombre d'observations. Nous avons seulement retenu celles qui présentaient une relation suffisamment prouvée avec la syphilis et avons écarté toutes celles qui étaient incomplètes ou dans lesquelles le rôle de la syphilis pouvait être contesté.

Nous avons surtout essayé à l'aide de ces observations, en nous plaçant à un point de vue un peu particulier, de montrer par des chiffres et des faits, comment se présente en pratique la question du dépistage de la syphilis au cours de l'état puerpéral, question qui prend un très grand intérêt du fait du grand nombre de syphilis latentes ou ignorées, chez la femme.

Nous tenons à remercier ici particulièrement M. le Professeur agrégé Lévy-Solal qui nous a accueilli dans son service avec une grande amabilité, ainsi que son assistant le Docteur P. Viard qui nous a prêté son concours et a mis à notre disposition ses observations et une abondante documentation personnelle.

1. — LES ACCIDENTS QUI FONT SUSPECTER LA SYPHILIS AU COURS DE L'ÉTAT PUERPÉRAL

Nous avons pu réunir 94 observations se rapportant à des femmes venues consulter pendant la durée de leur grossesse — ou bien envoyées à la consultation spéciale en raison d'accidents suspects survenus dans le service soit au moment de l'accouchement, soit chez les nourrissons pendant leur séjour à la maternité.

On peut classer les cas de la façon suivante :

9 femmes sont venues consulter présentant des accidents spécifiques primaires ou secondaires.

11 femmes, parce qu'étant enceintes, et se sachant antérieurement atteintes de syphilis, elles sont venues suivre un traitement prophylactique.

Dans tous les autres cas, la syphilis était ignorée et son existence certaine ou probable a été révélée par divers accidents :

31 femmes sont venues consulter pour éviter la répétition d'avortements et pouvoir mener leur grossesse à terme.

7 femmes avaient accouché avant terme lors de leur précédente grossesse. (La plupart avaient également présenté des avortements).

5 femmes avaient eu des enfants présentant des manifestations suspectes de syphilis héréditaire.

2 femmes avaient eu des enfants présentant des malformations.

8 sont venues consulter parce qu'elles avaient perdu plusieurs enfants en bas âge.

D'autre part, certaines femmes ont été retenues au cours d'un examen obstétrical, parce que l'on remarquait :

Un excès du volume utérin chez l'une.

La mort de l'enfant chez une autre.

Deux femmes venaient pour avortement spontané.

Chez 8 autres, on avait remarqué au cours de l'examen, certains signes ou stigmates suspects.

Enfin plusieurs femmes sont venues après leur accouchement dans le service :

L'une avait présenté de l'Hydramnios.

2 avaient attiré l'attention exclusivement par un placenta anormalement gros.

6 avaient eu des enfants suspects d'Heredo-syphilis.

Notons que dans la très grande majorité des cas, la syphilis était ignorée.

20 femmes se savaient atteintes de syphilis ou bien venaient pour des accidents spécifiques, primaires ou secondaires.

Chez les autres la spécificité était inconnue, mais l'interrogatoire permettait de retrouver la trace d'accidents syphilitiques personnels chez 9 femmes.

Chez 9 autres, le mari avait eu la syphilis ou avait présenté une affection en rapport avec la syphilis.

Chez 23 femmes, on trouvait dans les antécédents, des accidents qui pouvaient faire supposer une syphilis héréditaire.

Chez toutes les autres femmes, l'interrogatoire ne fournissait pas de renseignements concluants sur l'origine de la contamination.

Dans un premier groupe de faits, 9 femmes sont venues consulter avec des lésions primaires ou secondaires ; cinq étaient porteuses de chancres :

L'une présentant un chancre de la grande lèvre n'est plus revenue dès que la cicatrisation a été obtenue et le résultat de sa grossesse n'est pas connu.

Deux ont subi un traitement complet et ont accouché d'enfants apparemment sains.

Une a été contaminée au cours de l'allaitement, un mois et demi après l'accouchement ; le traitement a été immédiatement appliqué et continué pendant une nouvelle grossesse, qui a été menée heureusement à terme.

La dernière, enfin, a eu une histoire assez typique :

Venue consulter en 1918, à une consultation d'Hôpital, pour chancre de la grande lèvre, elle a été insuffisamment traitée (une série de novarsenobenzol suivie de quelques injections d'huile grise) et a fait en 1919 une fausse-couche de 6 mois, puis une seconde, la même année, de 7 mois.

Un nouveau traitement lui a été fait en 1920, également insuffisant, et la malade a accouché en 1921 d'un enfant

présentant des signes nets d'heredo-syphilis, qui est mort en quelques heures.

Enfin, en 1922, elle a expulsé, après une nouvelle ébauche de traitement, un fœtus macéré, au 6^e mois ; c'est à ce moment que la malade est venue consulter ; un traitement complet a été pratiqué, mais la malade n'a pas eu de nouvelle grossesse.

Parmi les femmes venues consulter avec des accidents secondaires, l'une a été perdue de vue ; deux ont été insuffisamment traitées, parce que les accidents (plaques muqueuses et roséole) étaient apparus tardivement, et ont fait des fausses-couches malgré un début de traitement ; une seule, traitée précocement, a mené sa grossesse à terme.

Ces quelques faits soulignent donc l'extrême importance d'un traitement rapide, intensif et prolongé, et l'inefficacité complète des doses insuffisantes ou trop vite arrêtées ; le traitement, pour donner un résultat, doit être poursuivi jusqu'à l'accouchement, avec de courts répit entre les séries.

Parmi les autres malades observées, 11 se savaient atteintes de syphilis :

7 sont venues pour suivre un traitement prophylactique au cours de leur grossesse ; l'évolution de la grossesse a été normale dans tous les cas ; cependant l'une des malades a présenté de l'Hydramnios et un traitement de prudence a été institué chez l'enfant, d'ailleurs apparemment sain ; il est à noter que le traitement n'avait été commencé qu'au 5^e mois de la gestation ; chez une autre

malade, l'accouchement avait été normal et l'enfant semblait sain. Mais l'enfant a présenté, après deux ans et demi, une méningite d'allure subaigüe, qui a rapidement regressé après quelques injections de muthanol.

Les quatre autres femmes n'ont pas suivi de traitement pendant leur gestation ; l'une a fait une fausse couche de 6 mois ; les trois autres ont expulsé des foetus macérés. Ces malades ont été ensuite envoyées pour traitement à la consultation spéciale.

* * *

Toutes les autres femmes venues à la consultation ignoraient leur syphilis et n'avaient jamais été soignées. Il faut remarquer que la grande majorité d'entre elles avait été victime d'un plus ou moins grand nombre d'accidents imputables à la syphilis, au cours de grossesses précédentes (avortements, accouchements prématurés, hydramnios), sans qu'un traitement ait jamais été institué :

31 femmes ont été envoyées à la consultation en raison d'avortements répétés, au cours de grossesses antérieures :

9 sont venues pour traitement après une fausse-couche, mais n'étant pas enceintes.

Les autres femmes ont été traitées pendant leur grossesse et l'ont menée à terme ; cependant plusieurs d'entre elles venues tardivement, n'ont pu être suffisamment traitées et leurs enfants ont présenté des accidents dûs à la syphilis : l'une venue au 7^e mois, a accouché d'un enfant présentant une hépatosplénomégalie, avec ictère ; mais son état s'est rapidement amélioré après un traitement au muthanol ; une autre traitée au 8^e mois

a présenté de l'Hydramnios ; son enfant a été traité dès la naissance ; une troisième a accouché d'un enfant hydrocéphale qui a rapidement succombé (le traitement n'avait été commencé qu'au 5^e mois de la grossesse). Enfin une quatrième femme traitée au 7^e mois, a accouché d'un enfant d'apparence normale, mais qui a présenté au bout de quelques jours, des vomissements en même temps qu'apparaissaient des convulsions ; ces manifestations ont rapidement disparu sous l'influence du traitement.

Un fait qui nous semble mériter d'être signalé, est l'action très capricieuse de la syphilis : souvent les avortements se suivent au cours des grossesses, mais parfois aussi, un enfant d'apparence saine naît immédiatement après une fausse-couche. Il est certain que dans bien des cas, des faits semblables font écarter l'hypothèse d'une syphilis ; par ailleurs, bien souvent on n'y pense pas et les avortements se suivent : on se contente de ne pas attribuer de cause à une fausse-couche quand on n'en trouve pas d'évidente et l'on en attend une nouvelle pour chercher plus avant : ces quelques exemples sont particulièrement éloquentes :

OBSERVATION I

M^{me} B..., 45 ans.

A eu 7 grossesses :

3 enfants sont morts en bas âge.

2 enfants sont venus au monde morts et macérés.

1 avortement est survenu au 6^e mois.

Enfin la malade a accouché d'un enfant vivant mais qui présentait un ictère et a dû être mis au traitement spécifique.

La Réaction de Bordet-Wassermann était fortement positive. La malade n'avait jamais suivi de traitement.

OBSERVATION II

M^{me} G...

8 grossesses dont 4 à terme, ont abouti à la naissance d'enfants apparemment sains ; cependant deux sont morts en bas-âge.

3 avortements.

1 enfant prématuré mort au bout de quelques jours.

Réaction de Wassermann négative ; Hecht positif.

La malade n'avait jamais été traitée.

OBSERVATION III

M^{me} L..., Adrienne, 28 ans.

A eu 5 grossesses ; aucune n'a été menée à terme ; on relève :

3 accouchements prématurés (enfants vivants).

2 avortements.

La réaction de B. Wassermann est positive ; aucun traitement n'a jamais été institué.

OBSERVATION IV

M^{me} P..., Lucie, 38 ans.

Cette femme a eu 9 grossesses.

Cinq ont évolué normalement, mais les cinq enfants sont morts en bas-âge.

L'une a abouti à un accouchement prématuré ; l'enfant est mort au bout de quelques jours.

2 se sont terminées par un avortement avec expulsion de fœtus macéré.

La réaction de B. Wassermann est négative.

La malade n'avait jamais été traitée.

* * *

Chez 7 femmes la syphilis a été soupçonnée en raison d'accouchements prématurés lors des grossesses précédentes. Le traitement a été institué chez toutes ; deux échecs ont été éprouvés : dans un cas, le traitement avait été institué après le 6^e mois, la femme a fait une fausse-couche ; dans l'autre, le traitement a été suivi très irrégulièrement, la femme a accouché avant terme (8^e mois) d'un enfant présentant une hépatosplénomégalie et qui est mort le soir même.

* *

5 femmes ont été envoyées à la consultation spéciale parce que lors d'une précédente grossesse, elles avaient accouché d'un enfant présentant des accidents suspects d'heredo-syphilis : deux ont été perdues de vue ; l'une a accouché à terme d'un enfant apparemment sain, mais le placenta pesait 620 gr. ; un traitement a été institué chez l'enfant. Les grossesses ont été normales chez les deux autres femmes.

2 femmes enfin ont subi le traitement avec succès, en raison des malformations constatées chez l'enfant lors d'un accouchement antérieur (dans un cas il s'agissait de bec-de-lièvre ; dans l'autre, d'hydrocéphalie).

* * *

Dans 8 cas, on a soupçonné la syphilis en raison d'une mortalité élevée chez les enfants. La mère a suivi le trai-

tement dans tous les cas ; naturellement il n'a pas été possible de suivre les nourrissons dans tous les cas, et par conséquent de juger de l'effet du traitement. Il y a tout lieu de croire que les enfants en ont bénéficié dans une large mesure, la polyléthalité paraissant bien en rapport avec la syphilis dans les cas dont il est question. A titre d'exemple, nous citons les observations suivantes :

OBSERVATION V

M^{me} P..., Lucie, 38 ans.

9 grossesses : 5 enfants sont morts en bas-âge à la suite de maladies diverses : 2 sont morts de la rougeole, 2 de broncho-pneumonie, 1 d'entérite.

La malade a fait en outre un accouchement prématuré au 8^e mois ; l'enfant est mort au bout de quelques jours.

On relève en outre deux avortements ; l'un d'eux a abouti à l'expulsion d'un fœtus macéré.

La réaction de Rordet-Wassermann était négative.

OBSERVATION VI

M^{me} S... Jeanne, 26 ans.

A eu quatre grossesses ; deux enfants sont morts de rougeole, un de méningite, le dernier a eu des convulsions et est mort au bout de quelques mois.

La réaction de Rordet-Wassermann était positive.

OBSERVATION VII

M^{me} F. Antoinette, 36 ans.

A eu trois grossesses : un enfant est mort de convulsions, un autre est mort à trois semaines d'une affection aigüe non diagnostiquée.

Enfin la dernière grossesse s'est terminée par un avortement ; la malade présentait un hydramnios volumineux.

OBSERVATION VIII

M^{me} G... Elisa, 36 ans.

8 grossesses : 2 enfants sont vivants et en bonne santé ; 3 sont morts (l'un de broncho-pneumonie, un autre de convulsions, le dernier est mort athrepsique).

3 avortements sont survenus entre temps.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative, mais la réaction de Hecht est légèrement positive.

OBSERVATION IX

M^{me} K... Madeleine, 40 ans.

4 grossesses ; les quatre enfants sont morts en bas-âge (entérite, broncho-pneumonie, méningite).

Le Bordet-Wassermann est négatif (mais la femme présente de nombreux stigmates d'heredo-syphilis).

Il y a lieu d'insister sur la fréquence parmi les causes de mortalité infantile, des méningites, des convulsions, des entérites. Evidemment ces causes peuvent parfaitement exister en dehors de la syphilis, mais il est troublant de les rencontrer avec une grande fréquence dans les cas où la syphilis peut être soupçonnée en raison d'antécédents, d'avortements répétés, ou de stigmates suspects d'heredo-syphilis.

* * *

Dans un autre groupe de faits, un certain nombre de femmes ont été dirigées sur la consultation spéciale en

raison de faits révélés par l'examen au cours de leur grossesse :

Dans un des cas, on avait observé un volume exagéré de l'utérus chez une femme enceinte au 7^e mois ; la réaction de Bordet-Wassermann était négative, mais on notait une fausse-couche au 7^e mois survenue un an avant cette nouvelle grossesse. Un traitement a été institué ; l'accouchement a confirmé le diagnostic d'Hydramnios qui avait été posé ; la femme a accouché d'un enfant de 3.400 grammes qui a présenté, les jours suivants, des vomissements répétés, tandis qu'apparaissaient des convulsions ; un traitement a été pratiqué chez l'enfant dont l'état s'est rapidement amélioré.

Dans un autre cas, la femme ne sentait plus remuer et l'auscultation du cœur fœtal était négative.

Chez deux femmes enfin, il s'agissait d'accouchements prématurés.

En dehors de ces anomalies d'évolution de la grossesse, 8 femmes ont été examinées et traitées parce que lors de l'examen obstétrical on avait noté des dystrophies ou des troubles de l'état général pouvant être rapportés à la syphilis. Rien de particulier n'a été signalé dans le traitement ni dans l'évolution de la grossesse chez ces femmes, à l'exception de l'une d'entre elles chez qui le traitement a dû être pratiqué à doses très faibles pour cause d'intolérance, et qui a fait un avortement au 4^e mois (Wassermann négatif. Hecht positif).

* * *

Dans un dernier groupe nous placerons les femmes qui ont été adressées à la consultation après leur accouche-

ment, soit à cause de l'évolution anormale de l'accouchement, soit parce que les enfants étaient suspects d'heredosyphilis.

Dans un cas, il s'agissait d'Hydramnios ; l'enfant était apparemment sain.

Dans trois cas on avait remarqué un placenta d'un poids anormal (la réaction de Wassermann était positive dans les trois cas).

Dans cinq cas, l'enfant présentait des signes de contamination ; deux sont morts rapidement, les trois autres ont été traités avec succès.

II. — LE DÉPISTAGE DE LA SYPHILIS CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Nous avons essayé dans le chapitre précédent, de montrer par quels incidents la syphilis peut être soupçonnée. Nous laisserons de côté les cas où la femme vient consulter porteuse d'accidents primaires ou secondaires, dont le diagnostic est généralement simple, ainsi que les faits ayant trait à une syphilis connue, ayant déjà été soignée. Signalons cependant que plusieurs femmes, ainsi que nous l'avons fait remarquer à propos de l'étude de nos observations, bien que se sachant syphilitiques, ne sont venues se faire traiter qu'à une époque avancée de leur grossesse — ou même ont avoué la syphilis au moment de l'accouchement, sans avoir essayé de suivre un traitement. Ces faits montrent combien l'éducation du public est encore incomplète à ce point de vue.

Nous avons surtout en vue, à propos du dépistage de la syphilis chez la femme enceinte, les cas si nombreux où la femme ignore toute contamination et où l'attention étant

attirée vers la syphilis par une anomalie quelconque, il faut savoir si la spécificité est, ou non, en cause.

Nous avons éliminé de nos observations, les cas où l'examen ne permettait pas de croire au rôle de la syphilis dans les accidents présentés par la femme ou le nourrisson. Et il ne nous a pas été possible de recueillir des précisions suffisantes pour indiquer un pourcentage. Néanmoins les causes sont nombreuses d'avortements (sans parler des avortements provoqués au sujet desquels il y a toujours lieu d'effectuer une enquête discrète en interrogeant la femme), d'accouchements prématurés, de mortalité infantile.

Aussi l'examen doit-il être très minutieux pour discriminer l'origine des accidents. Une fois de plus s'affirme le rôle important de l'interrogatoire détaillé et de l'examen clinique complet.

1° L'INTERROGATOIRE

L'interrogatoire a permis dans un certain nombre des cas que nous avons étudiés, d'orienter les recherches vers la syphilis en raison d'accidents présumés spécifiques survenus chez la femme ou chez son conjoint :

Dans 3 cas, l'état de santé du mari a donné des renseignements importants ; nous citerons ces observations :

OBSERVATION X

M^{me} H... Germaine, 31 ans.

Pas d'antécédents nets chez cette femme venue consulter parce qu'elle était enceinte pour la 6^e fois.

Dans les cinq grossesses antérieures, on relève :
2 enfants vivants.

2 grossesses interrompues au 7^e mois par l'expulsion d'un fœtus mort.

1 enfant mort de méningite à 7 mois.

Cette femme interrogée sur l'état de santé de son mari, déclare qu'il est très sujet à des maux de tête tenaces.

Le Bordet-Wassermann pratiqué, est fortement positif.

OBSERVATION XI

M^{me} G..., 40 ans.

A eu 5 grossesses :

2 enfants sont vivants.

2 grossesses se sont terminées par des avortements.

Une grossesse a abouti à un accouchement prématuré, avec Hydramnios.

Pas d'antécédents personnels chez la femme, mais son mari est interné à Dijon.

Le Bordet-Wassermann est fortement positif.

OBSERVATION XII

M^{me} L... Marie, 30 ans.

Cette femme a accouché d'un enfant mort rapidement avec des manifestations typiques d'heredo-syphilis.

Pas d'antécédents personnels en dehors de céphalées intermittentes pendant son enfance.

Mais le mari est aliéné.

Le Wassermann est positif.

Dans 9 autres cas observés, l'interrogatoire a permis de soupçonner une syphilis acquise, par la révélation d'accidents cutanés ou muqueux vraisemblablement spécifiques ou de troubles généraux suspects.

Enfin dans 23 cas, il a été permis d'incriminer chez la femme, le rôle de la syphilis héréditaire, en raison d'accidents suspects dans les antécédents héréditaires, ou de dystrophies et de stigmates d'origine vraisemblablement spécifique, présentés par la femme.

Nous citons ces quelques observations à titre d'exemples :

OBSERVATION XIII

M^{me} M... Henriette, 32 ans.

A eu quatre grossesses :

2 avortements aux premiers mois.

2 enfants morts-nés.

On relève dans les antécédents héréditaires :

Le père est mort de méningite.

Cette femme avait trois frères, qui sont morts en bas âge, tous les trois de méningite.

Elle-même a eu des maux de tête persistants, pendant son enfance.

On note à l'examen un microdontisme très marqué, avec écartement des incisives médianes, voûte ogivale.

Les reflexes tendineux sont exagérés.

La femme est obèse ; le corps Thyroïde est volumineux ; elle accuse une vision très faible de l'œil gauche.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Un traitement a été effectué avec succès pendant une nouvelle grossesse.

OBSERVATION XIV

M^{me} P..., 35 ans.

Le père est paralysé.

La malade présente une exophtalmie, ne s'accompagnant d'aucun signe basedowien.

Elle a eu 2 grossesses qui se sont terminées de la façon suivante :

1 avortement à 7 mois.

1 accouchement à terme d'un enfant de 3.400 grammes avec Hydramnios, à propos duquel elle a consulté parce qu'il présentait des vomissements et de la diarrhée, avec des convulsions.

Le nourrisson a été mis au traitement spécifique, qui a amené la cessation de tous les troubles.

Le Bordet-Wassermann est négatif.

OBSERVATION XV

M^{me} P..., 20 ans.

Cette femme a trois frères dont l'un présente un bec-de-lièvre.

L'examen est négatif chez la femme.

Elle a eu 2 grossesses terminées par un accouchement prématuré ; les enfants présentaient à leur naissance, une rate volumineuse et sont morts au bout de quelques jours.

Le Bordet-Wassermann est négatif chez le mari ; il est positif chez la femme.

OBSERVATION XVI

M^{me} L..., 34 ans.

Cette femme a eu 4 grossesses.

La première s'est terminée par un accouchement prématuré ; l'enfant est mort le 17^e jour.

Deux enfants sont nés ensuite avec des malformations.

A la quatrième grossesse, elle a accouché, dans le service, d'un enfant qui est mort au bout de quelques jours avec des malformations importantes ; dextrocardie en particulier.

L'examen montre un strabisme marqué ; la voûte palatine est nettement ogivale. On note également du microdontisme avec chevauchement des dents.

Le Bordet-Wassermann est négatif.

Dans d'autres cas l'interrogatoire peut permettre de connaître les particularités des grossesses chez la mère de la femme qui consulte ou chez les collatéraux ; cela est possible dans un certain nombre de cas, ainsi qu'en témoignent ces quelques observations :

OBSERVATION XVII

M^{me} B... Marie, 39 ans.

Cette femme a eu 3 grossesses :

La première s'est terminée par un accouchement prématuré.

Les deux autres sont venues à terme, mais les enfants présentaient un gros foie et une grosse rate et sont morts rapidement.

La mère de cette femme a eu 10 enfants dont 2 jumeaux ; sur ces 10 enfants, 9 sont morts de méningite ou d'affections aiguës.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative ; l'examen de la femme ne fournit pas d'éléments décisifs. Néanmoins un traitement lui a été appliqué après son dernier accouchement.

OBSERVATION XVIII

M^{me} P..., 28 ans.

4 grossesses :

2 avortements aux premiers mois.

Une grossesse terminée par l'expulsion d'un fœtus macéré.

Un enfant vivant qui est soumis au traitement spécifique (troubles digestifs et convulsions).

Le Bordet-Wassermann est négatif.

La mère a eu 5 grossesses :

Elle a fait une fausse-couche.

Deux enfants sont morts de méningite.

Deux seulement sont vivants.

* * *

Il va sans dire que l'interrogatoire de la femme au point de vue des accouchements antérieurs, fournit souvent des renseignements intéressants : excès de liquide, enfant mort malgré un accouchement facile (nous avons signalé plusieurs de ces cas dans les observations déjà citées). Et même jumeau.

A ce propos, nous citerons deux observations de jumeau chez des femmes atteintes de syphilis ; nous n'avons pas eu l'occasion d'en étudier d'autres cas dans les observations examinées ; mais dans une observation déjà citée (OBS. XVII) une grossesse est notée chez la mère d'une femme suspecte de syphilis héréditaire.

OBSERVATION XIX

M^{me} O... Augustine, 28 ans.

Cette femme a eu successivement :

1 enfant vivant qui est demeuré en bonne santé.

3 avortements aux premiers mois.

Enfin une 5^e grossesse s'est terminée par la naissance de deux jumeaux qui sont morts au bout de quelques jours.

Le Bordet-Wassermann est fortement positif.

OBSERVATION XX

M^{me} B... Jeanne, 20 ans.

Cette femme accouche, dans le service, de deux jumeaux apparemment sains.

L'examen de la femme est négatif ; toutefois, on note un tubercule de Carabelli, bilatéral.

La réaction de Bordet-Wassermann est faiblement positive.

2° L'EXAMEN CLINIQUE

Nous ne reviendrons pas ici sur les faits déjà cités dans les observations précédentes. Mais leur étude permet d'insister sur l'importance d'un examen très complet :

Souvent, en effet, cet examen permet de trouver une cause simple à des accidents obstétricaux répétés.

Dans un certain nombre de cas, les avortements, les accouchements prématurés, reconnaissent pour cause un mauvais état de l'appareil génital (métrite, fibrome de l'utérus, malformation utérine) ; dans d'autres cas, l'examen révèle une cause générale déterminée (affection aigüe ou chronique, intoxication).

Mais c'est dans les autres cas, dans ceux où l'interrogatoire ou l'examen n'explique pas ces accidents, qu'il importe de rechercher avec soin tous les stigmates ou les petits signes qui peuvent mettre sur la voie ; en effet, si chacun d'eux en soi n'a de valeur, l'accumulation de ces stigmates ou de ces petits signes ne peut manquer d'éveiller l'idée d'une affection héréditaire.

Certaines dystrophies sont d'emblée à signaler : bec-de-lièvre, nez en lorgnette, division de la voûte palatine, strabisme, dont nous avons cité des exemples.

Certains stigmates dentaires sont aussi toujours à rechercher dans un examen complet (dents d'Hutchinson, dents crénelées, séparation des incisives médianes, microdontisme, dents supplémentaires, cuspidés molaires, tubercules de Carabelli, chevauchement des dents) ; sans doute leur signification n'est pas égale, mais ils prennent un intérêt quand ils se rencontrent avec d'autres dystrophies.

Parmi celles-ci il convient de citer les déformations rachitiques au niveau du crâne, du thorax, des membres ; les déformations de la voûte palatine, les scléroses linguales ; enfin les signes oculaires (strabisme, inégalité pupillaire).

3° LE LABORATOIRE

Les épreuves de laboratoire offrent un appui très important pour le dépistage des syphilis latentes dont nous avons vu la grande fréquence.

Cependant l'étude de nos observations montre qu'il ne faut pas exagérer la valeur de la réaction de Bordet-Wassermann. Dans notre statistique (en éliminant bien

entendu les cas où la syphilis est connue ou certaine et en ne tenant compte que des cas de syphilis insoupçonnée), en présence d'avortements répétés (avec le plus souvent fœtus macérés) d'enfants débiles, prématurés, athrepsiques, de polyéthélie, où la syphilis est certainement en cause, nous ne trouvons le Bordet-Wassermann positif que dans 45 0/0 des cas. Ce pourcentage est peu amélioré par des essais de réactivation qui ont été pratiqués.

Dans plusieurs cas, des réactions plus sensibles ont été pratiquées (Hecht en particulier) qui ont confirmé le diagnostic clinique.

Il n'a pas été possible d'entreprendre l'étude des formules sanguines qui pourrait cependant rendre de grands services pour le dépistage des syphilis silencieuses.

En l'absence de ce complément d'examen, force est donc de donner dans tous les cas la voix prépondérante à l'interrogatoire et à l'examen clinique minutieux. Nous avons donné chemin faisant un certain nombre d'exemples de femmes continuant des séries d'avortements ou d'accidents obstétricaux divers, sans qu'on ait jamais institué de traitement spécifique, la réaction de Wassermann ayant été trouvée négative, et qui ont immédiatement bénéficié de ce traitement, basé sur des considérations cliniques.

III. — LES MODALITES DU TRAITEMENT SPECIFIQUE CHEZ LA FEMME ENCEINTE ET LE NOURRISSON

1° LE TRAITEMENT DE LA FEMME

Des chiffres que nous avons étudiés dans ce travail, se dégagent un certain nombre de faits qui corroborent toutes les statistiques déjà publiées :

L'efficacité du traitement dans tous les cas où il a pu être appliqué intégralement.

Son inocuité presque absolue quand il est mené convenablement.

Son action inopérante ou très irrégulière quand il n'est pas suivi d'une façon très complète.

En effet, sur le nombre de femmes que comprennent nos observations, les échecs signalés, au nombre de quatorze, correspondent à des cas où le traitement n'a pas été institué intégralement :

Dans 3 cas, il s'agit de femmes traitées en ville au moyen d'une série d'arsenobenzol, ou de quelques piqûres d'huile grise.

3 femmes traitées tardivement (aux 6^e ou 7^e mois) ont vu leur grossesse interrompue par une fausse-couche.

2 femmes traitées au 5^e mois ont accouché d'un enfant apparemment sain, mais ont présenté de l'Hydramnios, ce qui a justifié un traitement de précaution chez l'enfant.

Les nourrissons chez deux femmes traitées l'une irrégulièrement, l'autre, à partir du 7^e mois, sont nés avec une hépatosplénomégalie ; l'un est mort, le second a été traité avec succès.

2 femmes traitées l'une au 5^e mois, l'autre au 7^e mois, ont accouché d'enfants présentant des troubles digestifs accompagnés de convulsions, qui ont nécessité un traitement spécifique.

1 femme traitée au 5^e mois, a accouché d'un enfant hydrocéphale mort le soir même.

Enfin, dans le dernier cas, il s'agissait d'un enfant apparemment sain, sa mère ayant suivi un traitement régulier, mais on a remarqué à la naissance une hypertrophie placentaire (620 gr.) qui a justifié un traitement chez l'enfant.

Quant à l'inocuité du traitement spécifique au cours de la grossesse, aucun incident sérieux n'a été noté. Dans un cas seulement, nous avons relevé un avortement le soir même d'une injection intra-veineuse de novarsenobenzol. Nous avons cru bon de le rapporter, d'autres observations de ce genre ayant déjà été signalées et ces accidents ayant pu être homologués aux réactions d'Herxheimer :

OBSERVATION XXI

M^{me} L..., Adrienne, 29 ans.

Cette femme a eu 4 grossesses qui ont eu pour résultat :
3 accouchements prématurés (les enfants sont morts à la naissance).

1 avortement.

Actuellement elle est enceinte, au 6^e mois.

On relève dans ses antécédents héréditaires, que sa mère est morte albuminurique.

Elle-même est très myope et présente un strabisme très accentué.

Le Bordet-Wassermann est négatif.

On décide de pratiquer un traitement spécifique et une première injection intra-veineuse de 0 gr. 15 de novarsenobenzol est faite le matin.

Pas de troubles immédiats, mais le soir même, la femme accouche d'un enfant qui meurt au bout de quelques heures.

* * *

Les traitements ont été généralement pratiqués au moyen de *novarsenobenzol* en injections intra-veineuses, en raison de son activité supérieure et de sa facile application, les injection intraveineuses permettant d'espacer suffisamment les piqûres et de déranger moins fréquemment les patientes.

Les doses utilisées ont été celles que M. M. Pinard indique, c'est-à-dire pour une femme de 50 à 60 kgr, les injections étant pratiquées à raison d'une par semaine :

1^{re} série : 0,15 — 0,30 — 0,45 — 0,60 — 0,75 — 0,90 —
0,90 — 0,90.

2^e série (après vingt-un jours de repos) :

0,30 — 0,45 — 0,60 — 0,75 — 0,90 — 0,90 — 0,90 — 0,90.

3^e série (après vingt-un jours de repos) :

0,45 — 0,60 — 0,75 — 0,90 — 0,90 — 0,90 — 0,90.

Puis, reprise des séries jusqu'à l'accouchement.

Naturellement ces doses n'ont été pratiquées que dans un certain nombre des cas observés ; elles ont varié dans les autres, suivant la tolérance des malades.

Les précautions habituelles sont à observer, d'ailleurs, plus minutieusement que jamais : la femme doit venir à jeun ; l'examen des urines est pratiqué avant chaque injection ; les injections sont pratiquées très lentement ; on a soin, enfin, de laisser reposer la malade avant son départ.

Par ailleurs, s'il se manifeste des signes d'intolérance, il y a lieu de reprendre les injections suivantes, à la dose inférieure, ou de faire absorber à la malade, quelques gouttes d'une solution d'adrénaline.

Dans certains cas, la malade tolérant difficilement le traitement arsenical, on a dû l'abandonner pour employer le *bismuth* ; celui-ci a été utilisé sous forme de quinby et de muthanol.

Les injections ont été pratiquées par séries de 10, à raison de deux par semaine. Le traitement demande à être conduit avec la prudence ordinaire, en recherchant avant chaque nouvelle injection, les signes d'intoxication (liseré dentaire, gingivite, stomatite, troubles intestinaux).

Les séries sont séparées par trois semaines ou un mois de repos.

Nous ne relevons l'emploi du *mercure* que comme adjuvant, dans des cas de grossesse avancée ou d'accidents primaires au cours de la grossesse, sous forme de biiodure, en injections intraveineuses.

Certains auteurs généralisent la pratique des injections intercalaires de mercure entre les injections d'arsenobenzol — ou bien alternent les séries. L'expérience prouve que des séries suffisantes de novarsenobenzol sont assez efficaces pour parer aux accidents, quand le traitement peut être commencé assez tôt. Il semble qu'il y ait intérêt à agir, ainsi que l'usage s'est généralement établi, par séries suffisamment actives, en laissant complètement au repos la malade, dans leur intervalle.

.*.*

2° TRAITEMENT DES NOURRISSONS

Les nourrissons traités dans les cas que nous avons étudiés, ont reçu soit du novarsenobenzol (généralement du sulfarsenol) par voie sous-cutanée, soit du bismuth par injections intra-musculaires.

Les séries de *sulfarsenol* ont été conduites suivant les doses indiquées par M. Pinard, soit pour un nourrisson de 3 kg 500 :

1^{re} série (à la naissance) :

0,005 — 0,010 — 0,015 — 0,02 — 0,03 — 0,04 — 0,05 —
0,06 — 0,06 — 0,06.

Soit en fin de série, 1 centigr. 1/2 par kilogramme ; les premières injections étant pratiquées tous les 2 ou 3 jours, les autres, tous les 4 ou 5 jours.

2^e série (après vingt-un jours d'arrêt) :

0,015 — 0,02 — 0,03 — 0,04 — 0,05 — 0,06 — 0,07 — 0,08
— 0,08 — 0,08.

Ces dernières doses pour un poids d'environ 3 kg 750
(fin du 3^e mois).

3^e série (après vingt-un jours d'arrêt) :

0,02 — 0,03 — 0,04 — 0,05 — 0,06 — 0,07 — 0,08 — 0,09
— 0,10 — 0,10.

(Le poids étant en fin de série — fin du 5^e mois — de
6 kg 500 environ).

4^e série (après vingt-un jours d'arrêt) :

0,03 — 0,04 — 0,05 — 0,06 — 0,07 — 0,08 — 0,09 — 0,10
— 0,12 — 0,12.

Pour 8 kgr (fin du 8^e mois).

Le *Bismuth* a également été utilisé chez un certain nombre d'enfants, avec beaucoup de succès. La dose employée, à la naissance, a été de 3 centigrammes d'Hydroxyde de Bismuth (muthanol) soit un peu moins d'1/2 c. c. du produit, facile à doser dans une seringue de verre ordinaire, de 2 c. c. Les injections ont été répétées à raison de deux par semaine, à cette dose, par séries de 6 à 8 injections, avec intervalle de 3 semaines entre les séries.

Aucun cas d'intolérance n'a été observé, ni aucun échec, chez 8 nourrissons traités exclusivement au Bismuth pendant plusieurs mois.

Le *Mercur*e n'a été utilisé que comme pis-aller, en raison de la possibilité de son administration par l'entourage du nourrisson, soit sous forme d'onguent mercuriel et de frictions, soit sous forme de liqueur de Van Swieten ou de solution de lactate d'Hydrargyre au 1/1000.



Dans certains cas il est apparu que le choix du médicament n'était pas indifférent et qu'il pouvait y avoir intérêt à varier les agents thérapeutiques suivant les résultats obtenus. Nous avons eu en particulier l'occasion d'observer le fait chez un nourrisson athrepsique et vomisseur dont l'état était peu influencé par des doses normales de sulfarsenol pratiquées par voie sous-cutanée, mais s'est rapidement modifié du jour où un traitement au muthanol a été institué ; la guérison s'est alors produite très rapidement.

Par ailleurs, si désirable que cela puisse être, il n'est pas toujours possible, du fait de difficultés matérielles ou d'un organisme tolérant mal un traitement actif, d'instituer des traitements analogues à ceux dont nous avons donné un schéma. Le résultat devient alors singulièrement hasardeux, mais il y a toujours intérêt, plutôt que de ne rien faire, à instituer les seuls traitements possibles : lactate d'Hydrargyre, frictions mercurielles, suppositoires au mercure ou à l'arsenic chez les nourrissons ; sirop de Gibert, hectine chez les mères.

3° TRAITEMENT DU CONJOINT

Ce traitement doit être aussi envisagé ; il n'est pas besoin d'insister sur sa nécessité pour éviter le retour des

CONCLUSIONS

Les dispensaires antisypilitiques annexés aux maternités jouent un rôle très important en préservant la descendance des femmes contaminées.

La syphilis est très fréquemment ignorée de la femme et dans de très nombreux cas, c'est un accident obstétrical ou l'état du nourrisson, qui révèle la maladie.

D'où la nécessité, chez toute femme enceinte, de procéder à une enquête personnelle et familiale pour dépister toute manifestation de syphilis acquise ou héréditaire.

L'éducation du public doit tendre à faire examiner toute femme enceinte dès le début de la grossesse, et non pas seulement au cours des derniers mois ; pour être efficace, le traitement spécifique doit en effet être précoce, suffisamment intensif, et prolongé jusqu'à l'accouchement ; si ces conditions ne sont pas remplies, ses résultats sont incertains.

Enfin, la syphilis étant reconnue chez la femme, il est nécessaire d'examiner et de soigner, s'il y a lieu, le père et les enfants.

Vu, le Doyen :

ROGER.

VU

et permis d'imprimer

Vu :

COUVELAIRE.

Le Recteur de l'Académie de Paris :

P. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRAIN. — Les divers aspects de la descendance en cas de syphilis ancestrale insoupçonnée (*Bull. de la Soc. française de dermatologie et de syphilis*, 10 février 1921).
- BALZER. — Syphilis héréditaire ou congénitale (in-*Traité de Médecine Gilbert et Carnot*).
- BENOIT (M). — Considérations cliniques et biologiques sur les arsénothérapies de la syphilis au cours de la grossesse (*Thèse Paris 1923*).
- BLECHMANN. — Technique des injections épicroâniennes (*La Médecine. Nov. 1921*).
- CARLE (H), — Les nouvelles lois de l'Hérédo-Syphilis (*Presse Médicale 24 Avril 1920*).
- CHESNAIS (R). — Syphilis des femmes enceintes. Traitement par le Novarsenobenzol (*Thèse Paris 1921*).
- Prof. COUVKLAIRE. -- Création d'un dispensaire antisypilitique annexé à la clinique Baudelocque (*Presse Médicale 4 Juin 1924*).
- « Gynécologie et Obstétrique » (1921-VI-N° 1 p. 70).
- Bulletin de la Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie (1923 N° 1 p. 34)
- et 1922 N° 5 p. 352.
- Le mariage des syphilitiques (*Leçons de la clinique Baudelocque. Fascicule « Syphilis dans ses rapports avec les fonctions de reproduction » chez Chahine*).
- DEVOUGE (R). — Atrophie heredo-syphilitique sans manifestations d'heredo-syphilis en activité (*Thèse Paris 1923*).
- DEVRAIGNE et SAUPHAR. — Bulletin de la Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie (1922 N° 5).

- DUPIC (Odette). — Prophylaxie et traitement de l'heredo-syphilis dans les maternités (*Thèse Paris 1922*).
- P. FERNET. — Syphilis héréditaire tardive (in-*Traité de Pathologie Médicale Gilbert*).
- FOURNIER (E). — Syphilis héréditaire de l'enfance (in-*Traité de Pathologie Médicale Gilbert*).
- GIRAUD (P). — Nouveaux nés et nourrissons heredo-syphilitiques (*Thèse Paris 1923*).
- GRENET (H). — Sur quelques aspects de la syphilis héréditaires (*Monde Médical 15 Septembre 1922*).
- GOUGEROT — Crises nitritoïdes viscérales après injections intra-veineuses de 914. (*Paris Médical 1522 N° 19*),
— Paradoxes et imperfections de la réaction de Bordet-Wassermann (*Journal des Praticiens 29 Novembre 1924*).
- HOCH (Ch). — Syphilis dite conceptionnelle. Recherche des tréponèmes dans le sperme (*Thèse Paris 1920*).
- JULLIEN. — Convulsions et Heredo-syphilis (*Soc. française de dermatologie et de syphilis 2 Avril 1924*).
- LACAPÈRE et VALLERY-RADOT. — Traitement de la syphilis héréditaire et de la syphilis infantile acquise.
- LAFAYE (A). — Syphilis héréditaire : diagnostic biologique et traitement (*Thèse Paris 1920*).
- LAVIGNE. — Fréquence et causes de mort chez le fœtus pendant la gestation (*Thèse Paris 1921*).
- LEREDDE. — Nouvelles études sur la syphilis.
— Domaine, traitement et prophylaxie de la syphilis.
— Le diagnostic de la syphilis héréditaire et les altérations du milieu sanguin (*Presse Médicale 30 Juillet 1924*).
- Le domaine de la syphilis et la réaction de Wassermann (*Presse Médicale 1921 N° 96*).
- Essai sur le diagnostic de la syphilis héréditaire (*Presse Médicale 4 Avril 1923*).
- LESNÉ. — Syphilis du nouveau-né et du nourrisson.
- LEVADITI. — Transmission héréditaire de la syphilis (*Leçons de la clinique Baudelocque, loc-cit.*)
— Le Bismuth dans le traitement de la syphilis.
- LÉVY-SOLAL. — Syphilis et hypertrophie placentaire (*Gynécologie et obstétrique IV-1921-N° 2*).

- Syphilis de l'œuf, du fœtus et des annexes fœtales (*Paris Médical* 16 Juin 1923).
- Syphilis de l'œuf et du fœtus (*Leçons de la clinique Baudelocque, loc.cit.*)
- MANOUELIAN. — Phagocytose des tréponèmes dans le placenta syphilitique (*Gynécologie et Obstétrique. III-1921. N° 4*).
- Prof. MARFAN. — Les convulsions de l'enfance (*Presse Médicale* 10 Août 1921).
- Diagnostic de la syphilis congénitale des nouveaux-nés et des nourrissons : *signes cliniques de certitude* (*Presse Médicale* 25 avril 1923).
- Signes cliniques de probabilité* (*Presse Médicale* 5 Mai 1923).
- Le Rachitisme et sa pathogénie (*Actualités Médicales. Bailière* 1921).
- MERKLEN, DESVAUX, DESMOULIÈRES. — Gémellarité et syphilis (*Journal de Médecine et de Chirurgie. 25 Août 1921*).
- Sur quelques aspects méconnus de la syphilis (*Paris Médical* 26 Mars 1921).
- P. MERKLEN et HUTINEL. — Méningite tuberculeuse et heredo-syphilis (1921).
- P. MERKLEN et DESMOULIÈRES. — La réaction de Desmoulières (*Journal Méd. français*) Août 1923.
- MILIAN. — Heredo-syphilis de 2^e génération (*Leçons de la clinique Baudelocque loc. cit.*).
- MILIAN et SALLES. — Bulletin de la Soc. française de dermatologie et de syphilis 10 Mars 1921.
- MINVIELLE (P). — Heredo-syphilis précoce (*Thèse Paris* 1922).
- MORICE (R). — Traitements antisiphilitiques pendant la grossesse. (*Thèse Paris* 1920).
- PAGET (R. J). — Heredo-syphilis de 2^e génération. (*Thèse Paris* 1921).
- PAUTRIER (M). — Tubercule de Carabelli (*Annales des Maladies Vénériennes N° 9, 1921*).
- Syphilis et grossesse. (*Monde Médical Mars* 1924).
- PINARD (M). — Traitement de la syphilis chez la femme en cours de gestation, chez le nouveau-né et le nourrisson. (*Leçons de la Clinique Baudelocque, loc. cit.*)
- La disparition de la syphilis par la stérilisation des porteurs de germes (*Monde Médical Mars* 1924).

- Danger des doses insuffisantes dans le traitement de la syphilis (*Paris Médical* 4 Mars (1922).
 - La syphilis que le Wassermann fait méconnaître ; nécessité des enquêtes familiales (*Bulletin de la Soc. médicale des hôpitaux* 8 Janvier 1921).
 - RAVAUT (P). — Le terrain syphilitique (*Monde Médical* Mars 1921).
 - Les réactions méningées chez le nouveau-né et le nourrisson.
 - RENAULT. — La médecine, Novembre 1921 (*Revue générale*).
-

DOMFRONT. — IMPRIMERIE DU « PUBLICATEUR »

F. MARSAT, DIRECTEUR

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on
or before the date last stamped below.

JAN 12 1931